



Anschrift und Sitz  
krankenkassennetz.de GmbH  
Waisenhausring 6  
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer  
Karsten Leidloff,  
Jürgen Kunze

Kontaktdaten  
Telefon : +49 (0)345 6826600  
Telefax : +49 (0)345 6826629  
E-mail : [info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkaserneninfo.de](http://www.krankenkaserneninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **KKH** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail ([info@krankenkaserneninfo.de](mailto:info@krankenkaserneninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **KKH** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **KKH** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

**Übrigens:** Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **KKH** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **KKH** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Beitrittserklärung

vermittelt durch: krankenkassennetz.de GmbH  
Vermittler-Nr. 0280800212

# KKH

## Allgemeine Angaben zum Mitglied

Ja, ich werde zum \_\_\_\_\_ Mitglied der KKH.

(Akad. Grad) Name, Vorname

Ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers\*  unbestimmt

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer\*\*

E-Mail\*\*

Ich bin:  ledig  verheiratet  verpartnert\*\*\*  
 geschieden  verwitwet

\_\_\_\_\_  keine vorhanden  
Rentenversicherungsnummer (RVNR)

\_\_\_\_\_  keine vorhanden  
Krankenversicherungsnummer (KVNR)

## Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- Arbeitgeberwechsel/Aufnahme Beschäftigung
- Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Aufnahme eines Studiums
- Ablauf der Bindefrist/Kündigung
- Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- Wechsel aus anderen Gründen
- Zuzug aus dem Ausland

## Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

### Ich bin ...

- in einem Beschäftigungsverhältnis
- in einer Ausbildung  im Studium  selbstständig
- im Rentenbezug  im Pensions- oder Beamtenbezug
- im Bezug von Arbeitslosengeld/Bürgergeld (ALG II)
- Sonstiges

Betriebsnummer

Name Arbeitgeber/Hochschule/Agentur für Arbeit/Jobcenter/Rententräger

Kundenummer (Agentur für Arbeit)/BG-Nummer (Jobcenter)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Beschäftigt/arbeitslos/im Studium/Rente seit

jährliches Bruttoentgelt (in €)

- Ich bin mit dem Arbeitgeber verheiratet/verwandt.  
 Ehemann/-frau  Vater/Mutter  Großvater/-mutter
- Ich bin Geschäftsführer und an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

## Ich war zuletzt versichert:

- Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte)
- privat krankenversichert/Freie Heilfürsorge/Beihilfe
- familienversichert  im Ausland versichert

von

bis

Name der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische)

Institutskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland

Anschrift der o. g. Krankenkasse

Internationale Versicherungsnummer

- Beginn mit Zuzug aus dem Ausland
- Beginn nicht mit Zuzug aus dem Ausland
- Ich möchte mich erstmalig in Deutschland versichern.
- Ich komme aus einem EU-Land.
- Ich war im Ausland gesetzlich versichert.

## Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung.
- Ich beginne mein Erststudium.

## Zusätzliche Angaben bei Rentnern:

- Ich erhalte folgende Rente/n
  - Waisenrente  Altersrente  Witwen-/Witwerrente
  - Erwerbsminderungsrente
- Ich erhalte eine Betriebsrente oder Versorgungsbezug durch:

Name des Trägers

## Weitere Einkünfte/Versicherungstatbestände:

- Ich habe eine weitere Beschäftigung.
- Ich beziehe eine zusätzliche Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).
- Ich beziehe zusätzlich Bürgergeld (ALG II).
- Ich studiere nebenbei.  Ich bin nebenbei selbstständig.

Name Arbeitgeber/Hochschule/Agentur für Arbeit/Jobcenter/Rententräger

Beschäftigt/arbeitslos/im Studium/selbstständig/Rente/VSB seit

## Sonstiges:

- Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.

**Pflegekasse bei der KKH:** Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite [kkh.de/datenschutz](http://kkh.de/datenschutz). Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

Datum

Unterschrift

\* divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG \*\* freiwillige Angabe

\*\*\* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Partnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice KKH  
Waisenhausring 6  
06108 Halle (Saale)

### ... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

